

# IMPACTO DE CAMBIOS SOCIALES EN LA DECISIÓN DE LACTANCIA EXCLUSIVA EN COLOMBIA ENTRE 1995 Y 2010

Jenny Carolina Hernández Cardozo\*  
Adriana Carolina Silva Arias\*\*  
Jaime Andrés Sarmiento Espinel\*\*\*

Recibido en julio 21 de 2014 , aceptado en noviembre 24 de 2014

---

## Citar este artículo así:

Hernández Cardozo JC, Silva Arias AC, Sarmiento Espinel JA. Impacto de cambios sociales en la decisión de lactancia exclusiva en Colombia. *Hacia promoc. salud.* 2014; 19(2): 95-108.

---

## Resumen

**Objetivo:** Analizar la incidencia de cambios sociales en la decisión de las mujeres en Colombia de lactar exclusivamente o no a sus hijos. **Materiales y Métodos:** Se utilizó una muestra de mujeres de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud de Colombia de 1995 y 2010. Por medio de una regresión logística se identifica qué factores sociodemográficos influyeron sobre la probabilidad de que una mujer lacte exclusivamente. Mediante el método de descomposición de Blinder-Oaxaca se cuantifica qué parte de la diferencia entre la proporción de menores lactados en esos dos años se debió a cambios sociales presentados en la población de estudio entre 1995 y 2010. **Resultados:** Se presentó un incremento significativo en la lactancia exclusiva en Colombia entre 1995 y 2010. Este incremento se dio conjuntamente con una serie de cambios en las características de las madres de dichos menores y sus hogares. **Conclusión:** El impacto de cambios sociales sobre la lactancia exclusiva en Colombia es explicado en un 93% por los diferentes efectos de las variables sociodemográficas del entorno del infante sobre esta práctica.

## Palabras clave

Colombia, lactancia, mortalidad infantil, nutrición infantil, desarrollo económico (*fuentes: DeCS, BIREME*).

---

\* Economista. Centro de Investigaciones Facultad de Ciencias Económicas, Universidad Militar Nueva Granada. Bogotá, Colombia. Autora para correspondencia. Correo electrónico: gesma@unimilitar.edu.co

\*\* Economista. Ph.D. en Estudios de Población. Centro de Investigaciones Facultad de Ciencias Económicas, Universidad Militar Nueva Granada. Bogotá, Colombia. Correo electrónico: adriana.silva@unimilitar.edu.co

\*\*\* Economista. Ph.D. en Economía. Centro de Investigaciones Facultad de Ciencias Económicas, Universidad Militar Nueva Granada. Bogotá, Colombia. Correo electrónico: jaime.sarmiento@unimilitar.edu.co

## IMPACT OF SOCIAL CHANGES IN THE DECISION OF EXCLUSIVE BREASTFEEDING IN COLOMBIA BETWEEN 1995 AND 2010

### Abstract

**Objective:** To analyze the incidence of social changes in the decision of women in Colombia to exclusively breastfeed or not their children. **Materials and Methods:** A sample of women from the National Demographic and Health Survey of 1995 and 2010 in Colombia was used. By means of a logistic regression the sociodemographic factors that influenced women likelihood to exclusively breastfeed were identified. Using the Blinder-Oaxaca decomposition method it was quantified that part of the difference between the proportions of breastfed children in those two years was due to social changes presented in the studied population between 1995 and 2010. **Results:** There was a significant increase in the exclusive breastfeeding in Colombia between 1995 and 2010. This increase occurred in conjunction with a series of changes in the characteristics of the mothers of these children and their homes. **Conclusions:** The impact of social changes on exclusive breastfeeding in Colombia is explained in a 93% by the different effects of the infant sociodemographic variables on this practice.

### Key words

Colombia, breastfeeding, infant mortality, infant nutrition, economic development (*source: DeCS, BIREME*).

## IMPACTO DE CAMBIOS SOCIAIS NA DECISÃO DE LACTAÇÃO EXCLUSIVA EM COLÔMBIA ENTRE 1995 E 2010

### Resumo

**Objetivo:** Analisar a incidência de câmbios sociais na decisão das mulheres na Colômbia de lactar exclusivamente ou não a seus filhos. **Materiais e Métodos:** Utilizou se uma amostragem de mulheres da Enquete Nacional de Demografia e Saúde de Colômbia de 1995 e 2010. Por médio de uma regressão logística se identifica que fatores sócio-demográficos influíram sobre a probabilidade de que uma mulher lacte exclusivamente. Mediante o método de decomposição de Blinder-Oaxaca se quantifica que parte da diferencia entre a proporção de menores lactados nesses dois anos se deveu a câmbios sociais apresentados na povoação de estudo entre 1995 e 2010. **Resultados:** Apresentou se um incremento significativo na lactação exclusiva em Colômbia entre 1995 e 2010. Este incremento se deu conjuntamente com uma serie de câmbios nas características das mães de ditos menores e seus lares. **Conclusão:** O impacto de câmbios sociais sobre a lactação exclusiva em Colômbia é explicado em um 93% pelos diferentes efeitos das variáveis sociodemográficas do entorno do infante sobre esta prática.

### Palavras chave

Colômbia, lactação, mortalidade infantil, nutrição infantil, desenvolvimento econômico (*fonte: DeCS, BIREME*).

## INTRODUCCIÓN

Diversos estudios han demostrado la importancia de la lactancia exclusiva en la salud y desarrollo de las personas, consolidándose esta práctica no solo como una de las principales estrategias para luchar contra la malnutrición infantil, sino a su vez como un método de prevención de futuras enfermedades en todas las etapas del ciclo vital de las personas (1). De esta manera, al ser el estado nutricional un indicador socioeconómico condicionado en los individuos tanto biológica como sociodemográficamente (2), la promoción de la lactancia exclusiva se ha incluido como una de las principales estrategias de desarrollo humano de los países miembros de la ONU desde el año 2000 (3).

No obstante, pese a los esfuerzos realizados por promocionar la lactancia, esta se encuentra lejos de ser una práctica generalizada exclusivamente hasta los seis meses de edad (4). Dentro de las barreras que existen para su completa implementación se ha resaltado el efecto detrimental de la modernización (5), representada en los cambios sociales en el estilo de vida moderno (6) tales como el aumento de la entrada de las mujeres al mercado laboral y la mayor urbanización. Estos factores no solo comprometen el tiempo de las madres con los infantes, sino que a su vez promueven la configuración de alternativas nutricionales diferentes a la lactancia para aliviar dichas restricciones de tiempo (7).

Ante los efectos de dichos cambios sociales en la lactancia exclusiva, diversos estudios han encontrado que el impacto negativo de la modernización en esta práctica se ha contrarrestado en países como Ghana gracias a la promoción adecuada de prácticas de apoyo a la leche materna en los centros hospitalarios (8). En Colombia, a pesar de que se han tomado acciones para promocionar la lactancia exclusiva con políticas como los Planes Decenales para la Promoción, Protección y Apoyo a la Lactancia Materna desde

el año 1998 (9), instituciones como el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar –ICBF– y el Ministerio de Protección Social han cuestionado el papel de los centros hospitalarios en la adecuada información de promoción a dicha práctica (2).

Considerando lo anteriormente expuesto, este artículo busca evaluar no solo la efectividad de las prácticas de promoción de la lactancia en Colombia, sino además identificar nuevos factores a incluir en este tipo de campañas dado el contexto cultural, social y demográfico del país, teniendo como objetivo principal establecer la incidencia de cambios sociales sobre la lactancia exclusiva y sus determinantes. Lo anterior, teniendo en cuenta que los estudios acerca de los determinantes de la decisión de lactancia en las mujeres en Colombia son escasos, y los pocos estudios sobre la lactancia exclusiva en el país carecen de una representatividad nacional, lo cual no permite realizar conclusiones acerca del estado general de esta práctica en Colombia (10).

Para alcanzar el objetivo trazado en este artículo, se analiza la información del módulo de niños de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud –ENDS– de los años 1995 y 2010 elaborada por Profamilia. Al utilizar estos dos periodos de tiempo se capturaría la efectividad de algunas políticas de fomento de la lactancia materna al medir qué parte de dicho efecto corresponde a cambios en el perfil sociodemográfico de las madres y su entorno, y qué parte de dicho cambio no puede ser atribuido a características diferenciales de población de estudio.

## MATERIALES Y MÉTODOS

En este estudio se analizó la información del módulo de niños de la ENDS de 1995 y 2010. Estas encuestas de dominio público son representativas nacionalmente y tienen como universo de estudio a la población civil, no institucional del país y se componen de muestras probabilísticas, por

conglomerados, multietápicas, y estratificadas a mujeres entre 15 y 49 años de edad. Ambas encuestas recibieron asistencia técnica del programa Demographic and Health Surveys – DHS– implementado por ICF Macro y fueron financiadas por la Asociación Probienestar de la Familia Colombiana –Profamilia– y el Ministerio de la Protección Social –MPS–. De esta manera, la información de la ENDS de 1995 y 2010 tiene aprobación por parte de los Comités de Ética de dichas instituciones (11).

Utilizando esta base de datos, se pueden identificar las prácticas de lactancia materna, alimentación complementaria y estado nutricional de los niños y niñas menores de cinco años e información acerca de las madres de estos infantes. Concretamente, en este artículo se estudiaron los factores que afectan la probabilidad de que un niño o niña dentro de los seis primeros meses de edad recibiera exclusivamente leche materna. También se consideró como lactancia exclusiva la ingesta de leche materna combinada con Sales de Rehidratación Oral –SRO– (gotas, jarabes, vitaminas, minerales, medicinas) (12).

Del módulo de niños de la ENDS, primero se extrajo una muestra de niños y niñas vivos entre cero y seis meses que vivieran con sus madres. Seguidamente, la muestra fue restringida a un niño vivo o niña viva por madre para evitar el sesgo de información causado por la sobrerrepresentación de las características de mujeres con intervalos cortos entre nacimientos (8). Por otro lado, no se incluyó en la investigación la información recolectada en los territorios de Amazonía y Orinoquía durante el 2010, debido a que en la ENDS de 1995 no fueron considerados (11). De esta forma, la muestra final de estudio fue de 1.465 niños y niñas, 397 para 1995 y 1.068 para 2010.

La Tabla 1 señala las variables sociodemográficas utilizadas para calcular la probabilidad de que

un infante colombiano de 0-6 meses fuera lactado exclusivamente. Se consideraron factores relacionados con las características propias del menor tales como la edad y su acceso a servicios modernos de salud, además de características de sus madres y de sus hogares. El acceso a los servicios modernos de salud de los infantes se midió a través de dos variables: 1) si el menor recibió asistencia de un profesional de salud en el momento de nacer, y 2) si estos menores poseían carné de salud o de vacunas en el momento en que se entrevistaron.

A continuación se presenta la metodología empleada en el estudio. En una primera etapa del análisis se identificaron los cambios que se presentaron en las muestras de estudio por medio del test de diferencias de medias, de esta manera evidenciándose qué cambios sociales se presentaron entre las madres, infantes y su entorno en Colombia entre los años 1995 y 2010. Posteriormente, mediante un modelo de regresión logística, se estimó la probabilidad de que un infante fuera lactado exclusivamente en cada uno de los dos años de estudio. Aunque se evaluaron los determinantes de la lactancia exclusiva por separado para cada año de estudio, se incluyeron para ambas estimaciones las mismas variables explicativas, y el factor de ponderación de las ENDS para permitir la comparación entre modelos.

Finalmente, se determinó cómo los cambios sociales entre los años 1995 y 2010 pudieron influir en la decisión de lactar exclusivamente en Colombia. Para esto se utilizó el método de descomposición de Blinder-Oaxaca (13, 14). Así, se cuantificó qué parte del cambio en la proporción de infantes lactados exclusivamente en Colombia se debió a diferencias en las características sociodemográficas entre los dos años, y qué parte de esta diferencia se debió a cambios en el efecto de dichas características sobre la lactancia exclusiva.

**Tabla 1. Factores considerados para explicar la lactancia exclusiva**

| Variables dependientes         |  |
|--------------------------------|--|
| Estatus de lactancia exclusiva | El niño o niña recibe solamente leche materna (incluyendo leche materna extraída o de nodriza), en algunos casos gotas y jarabes (vitaminas, minerales, medicinas).  |
| Variables independientes       |  |
| Características del infante    |  |
| Edad                           | Edad del infante en meses.   |
| Carné de salud                 | El infante tiene o no carné de vacunación. Categoría base: no tiene carné de vacunas.  |
| Asistencia al nacer            | El infante nació en su casa, en un hospital público o en un hospital del gobierno. Categoría base: nació en casa.  |
| Características de la madre    |  |
| Edad                           | Edad de la madre en años.  |
| Estatus conyugal               | Si la madre es soltera o está en una unión conyugal (casada o en unión libre). Si está en unión conyugal si vive o no con la pareja. Categoría base: soltera.  |
| Estatus laboral                | Se consideran cuatro categorías: no trabaja, sector moderno (labores de oficina), sector tradicional (trabajos de servicio, ventas y trabajos manuales) y sector de agricultura. Categoría base: no trabaja. |
| Educación                      | Años de educación de la madre.   |
| Características del hogar      |  |
| Región de residencia           | Se consideran cinco regiones: Atlántica, Oriental, Central, Pacífica, Bogotá. Categoría base: Bogotá.  |
| Tipo de residencia             | Lugar de residencia de la madre y el hijo o la hija: urbano o rural. Categoría base: región urbana.  |
| Estatus socioeconómico         | Categorización del hogar según el índice de riqueza del hogar calculado por la ENDS. Categoría base: índice de riqueza bajo.   |

*Fuente: Elaboración propia.*

## RESULTADOS

En la Tabla 2 se presentan los estadísticos descriptivos de la muestra utilizada para los años 1995 y 2010. Se evidencian cambios significativos entre 1995 y 2010 en la nutrición de los infantes colombianos entre cero y seis meses de edad, las características de sus madres y de sus hogares. En primera medida, se evidenció un aumento de 32% en el número de menores que recibieron como alimento tan solo leche materna. Lo anterior, implicó disminuciones significativas en la ingesta de otros tipos de leche, otros tipos de líquidos, y alimentos complementarios sólidos y semisólidos.

Con referencia al acercamiento de los menores a los servicios modernos de salud, se encontró un crecimiento significativo en el porcentaje de menores que fueron atendidos por un profesional de la salud desde su nacimiento, esto representado en un incremento del 19,1% en la proporción de menores cuyo nacimiento se presentó en un hospital, y en un crecimiento del 20,7% en la proporción de menores que presentaban carné de vacunas en el momento de la entrevista de la ENDS a sus madres. Lo anterior evidencia la mayor cobertura en salud para los menores entre 0-6 meses en Colombia desde 1995 a 2010.

**Tabla 2. Cambios entre la población colombiana de estudio entre el año 1995 y el año 2010**

|  | 1995<br>(n = 337) |         | 2010<br>(n = 1068) |         | Δ      |     |
|--|-------------------|---------|--------------------|---------|--------|-----|
| Características de los infantes                          |                   |         |                    |         |        |     |
| Edad en meses (promedio)                                 | 2,912             | (1,533) | 2,700              | (1,613) | -0,212 | **  |
| Tipo de lactancia materna                                |                   |         |                    |         |        |     |
| No lactan  | 0,058             | (0,234) | 0,031              | (0,172) | -0,028 | **  |
| Lactan exclusivamente                                    | 0,118             | (0,323) | 0,439              | (0,497) | 0,321  | *** |
| Lactan y reciben alimentos diferentes a la leche materna | 0,819             | (0,385) | 0,520              | (0,500) | -0,299 | *** |
| Otros tipos de leche                                     | 0,658             | (0,475) | 0,410              | (0,492) | -0,248 | *** |
| Otros líquidos   | 0,740             | (0,439) | 0,388              | (0,488) | -0,352 | *** |
| Sólidos y semisólidos                                    | 0,366             | (0,482) | 0,117              | (0,322) | -0,248 | *** |
| Acceso a los servicios de salud                          |                   |         |                    |         |        |     |
| Carné de salud (base: sí tiene)                          | 0,778             | (0,416) | 0,955              | (0,207) | 0,177  | *** |
| Asistencia al nacer (base: nació en un hospital)         | 0,773             | (0,419) | 0,962              | (0,191) | 0,189  | *** |
| Características de las madres                            |                   |         |                    |         |        |     |
| Edad (promedio)  | 25,486            | (6,456) | 25,287             | (6,604) | -0,199 |     |
| Estatus conyugal   |                   |         |                    |         |        |     |
| No tiene pareja  | 0,186             | (0,390) | 0,264              | (0,441) | 0,077  | *** |
| Tiene pareja y vive con esta                             | 0,778             | (0,416) | 0,686              | (0,464) | -0,092 | *** |
| Tiene pareja y no vive con esta                          | 0,035             | (0,185) | 0,050              | (0,217) | 0,014  |     |
| Trabajan   |                   |         |                    |         |        |     |
| En el sector moderno                                     | 0,455             | (0,498) | 0,826              | (0,894) | 0,371  | *** |
| En el sector tradicional                                 | 0,088             | (0,283) | 0,141              | (0,349) | 0,054  | *** |
| En el sector de agricultura                              | 0,633             | (0,463) | 0,310              | (0,482) | 0,323  | *** |
| Educación (promedio)                                     | 0,057             | (0,233) | 0,052              | (0,222) | -0,006 |     |
| 6,484  | (3,934)           | 9,076   | (3,883)            | 2,592   | ***    |     |
| Características de los hogares                           |                   |         |                    |         |        |     |
| Región de residencia                                     |                   |         |                    |         |        |     |
| Atlántica  | 0,237             | (0,426) | 0,254              | (0,435) | 0,016  |     |
| Oriental   | 0,222             | (0,416) | 0,198              | (0,398) | -0,024 |     |
| Central  | 0,229             | (0,420) | 0,228              | (0,420) | 0,000  |     |
| Pacífica   | 0,195             | (0,397) | 0,146              | (0,353) | -0,050 | **  |
| Bogotá   | 0,117             | (0,322) | 0,175              | (0,380) | 0,057  | *** |
| Tipo de residencia (base: zona urbana)                   | 0,613             | (0,488) | 0,737              | (0,441) | 0,124  | *** |
| Estatus socioeconómico                                   |                   |         |                    |         |        |     |
| Índice de riqueza bajo                                   | 0,273             | (0,446) | 0,247              | (0,431) | -0,026 |     |
| Índice de riqueza medio                                  | 0,457             | (0,499) | 0,452              | (0,498) | -0,005 |     |
| Índice de riqueza alto                                   | 0,270             | (0,445) | 0,301              | (0,459) | 0,031  |     |

Desviación estándar en paréntesis. Los asteriscos indican que el parámetro estimado es estadísticamente diferente de cero a un nivel de significancia del \*\*\* 1%, \*\* 5% y \* 10%.

Fuente: Cálculos propios a partir de la ENDS 1995 y 2010.



Por otra parte, las diferencias en las características de los hogares de los que hacían parte estos menores en su mayoría no fueron estadísticamente significativas. No obstante, se observó un incremento significativo en la proporción de hogares de zonas urbanas, al igual que un aumento en el número de hogares ubicados en la ciudad de Bogotá.

En el perfil de las madres se encontraron las mayores diferencias entre las muestras de estudio. La proporción de madres solteras, y de madres casadas o en unión libre que no convivían con su pareja creció en un 7,7% y 1,4% respectivamente. En esta misma línea, se evidenció un aumento del 37% en el número de madres que trabajaban, hecho que se presentó en una mayor proporción en el número de mujeres que laboraban en el sector tradicional (crecimiento del 32%). Por otro lado, se presentó un incremento significativo en la educación de estas mujeres, presentándose un incremento de 2,22 años en los años de escolaridad de estas.

Posteriormente se estimó un modelo logístico de la probabilidad de lactar exclusivamente a un infante menor de seis meses. La Tabla 3 muestra los efectos marginales estimados para los dos años de estudio. Para ambos años se construye como línea base de comparación una mujer soltera dentro del promedio de edad (25 años), sin trabajo, miembro de un hogar perteneciente al índice inferior de riqueza situado en la zona urbana de Bogotá, madre de un infante dentro de la edad promedio (3 meses de edad), sin carné de salud, y sin asistencia al nacer de un profesional médico.

De esta manera, se distinguieron patrones diferentes en los determinantes de la lactancia exclusiva entre 1995 y 2010. Específicamente, entre estos años algunos factores cobraron importancia en la definición de brechas en el estado nutricional de los infantes menores de seis meses. A diferencia de 1995, durante el 2010 la brecha en la práctica de la lactancia exclusiva de las madres estuvo asociada

principalmente a las diferencias en las condiciones sociodemográficas del hogar.

En cuanto a las características del infante, al comparar la probabilidad de haber sido lactado exclusivamente un menor de tres meses comparado con uno de cuatro meses, en 1995 no se evidenciaron diferencias estadísticamente significativas entre estos infantes. En cambio, en 2010 esta probabilidad disminuyó en 10,7 puntos porcentuales.

Respecto al estado conyugal de las madres, en 1995 no existieron diferencias estadísticamente significativas en la probabilidad de lactar exclusivamente entre aquellas que vivieron o no con su pareja. No obstante, durante el 2010 la probabilidad de haber sido lactados exclusivamente por una progenitora que viviera con su pareja comparada con una que no se encontrara en unión conyugal fue 8,9 puntos porcentuales más alta.

Al evaluar si el estatus laboral de la madre afectó el estado nutricional de los infantes, no se evidenciaron diferencias estadísticamente significativas en la práctica de la lactancia de acuerdo a la condición laboral en 1995. No obstante, durante el 2010 la probabilidad de que la lactancia exclusiva fuera practicada por una madre que trabajara en el sector tradicional comparada con una que no trabajó fue 12,4 puntos porcentuales menor.

De acuerdo a la región de residencia, se estimó que durante el 2010 la probabilidad de que un infante haya sido lactado exclusivamente de acuerdo a la región del país con la que se le compare a Bogotá (excepto la región Oriental) fue menor entre 15 y 35 puntos porcentuales.

En resumen, los resultados dan cuenta de la creciente brecha en las oportunidades nutricionales de los menores entre 1995 y 2010 de acuerdo a la región del país, así como a los meses transcurridos desde su nacimiento, al estado conyugal y laboral de las madres.

Nuestra hipótesis de lo que pudo ocurrir es que debido al proceso de modernización que ocurrió entre 1995 y 2010, las madres que participaron en el mercado laboral, más aun las que no tuvieron apoyo de su pareja, fueron cada vez menos capaces de compatibilizar la lactancia exclusiva

con sus actividades laborales y de reproducción social. De otro lado, parece ser que el proceso de urbanización ha favorecido la práctica de la lactancia exclusiva en las grandes urbes como Bogotá, desfavoreciendo esta práctica en otras regiones como la Atlántica, Central y Pacífica.

**Tabla 3. Efectos marginales de Factores determinantes en las decisiones de las mujeres en Colombia con respecto a la Nutrición de sus hijos**

|   | 1995   |         | 2010       |         |
|---|--------|---------|------------|---------|
| <b>Características de los infantes</b>                              |        |         |            |         |
| Edad  | -0,052 | (0,041) | -0,107 *** | (0,019) |
| <b>Acceso a los servicios de salud</b>                              |        |         |            |         |
| Carné de salud (base: no tiene)                                     | -0,033 | (0,068) | 0,008      | (0,074) |
| Asistencia al nacer (base: no asistido por profesional de la salud) | 0,212  | (0,146) | 0,053      | (0,086) |
| <b>Características de las madres</b>                                |        |         |            |         |
| Edad  | 0,001  | (0,005) | 0,004      | (0,003) |
| <b>Estatus conyugal (base: no tiene pareja)</b>                     |        |         |            |         |
| Tiene pareja y vive con esta  | -0,059 | (0,076) | 0,089 **   | (0,039) |
| No tiene pareja y no vive con esta                                  | -0,054 | (0,148) | -0,094     | (0,085) |
| <b>Estatus laboral (base: no trabaja)</b>                           |        |         |            |         |
| Trabaja en el sector moderno  | -0,041 | (0,092) | -0,114     | (0,070) |
| Trabaja en el sector tradicional                                    | -0,067 | (0,076) | -0,124 *** | (0,045) |
| Trabaja en el sector de agricultura                                 | -0,006 | (0,119) | 0,039      | (0,076) |
| Educación   | -0,003 | (0,011) | 0,013      | (0,006) |
| <b>Características de los hogares</b>                               |        |         |            |         |
| <b>Región de residencia (base: Bogotá)</b>                          |        |         |            |         |
| Atlántica   | -0,169 | (0,154) | -0,352 *** | (0,054) |
| Oriental  | -0,116 | (0,109) | 0,009      | (0,051) |
| Central   | -0,105 | (0,105) | -0,186 *** | (0,052) |
| Pacífica  | -0,063 | (0,087) | -0,150 **  | (0,058) |
| <b>Tipo de residencia (base: residencia en el sector urbano)</b>    |        |         |            |         |
| Estatus socioeconómico (base: índice de riqueza bajo)               |        |         |            |         |
| Índice de riqueza medio   | 0,020  | (0,127) | -0,041     | (0,062) |
| Índice de riqueza alto  | 0,017  | (0,090) | 0,013      | (0,048) |
| Pseudo R <sup>2</sup>   | 0,187  |         | 0,138      |         |
| Valor p   | 0,001  |         | 0,000      |         |

Los asteriscos indican que el parámetro estimado es estadísticamente diferente de cero a un nivel de significancia del \*\*\* 1%, \*\* 5% y \* 10%. Errores estándar por el método Delta en paréntesis.

Fuente: Cálculos propios a partir de la ENDS 1995 y 2010.



Con el propósito de descomponer las diferencias en la decisión de lactancia exclusiva de las mujeres colombianas entre 1995 y 2010, se utilizó la metodología de Blinder-Oaxaca. En la Tabla 4 se presentan los resultados de aplicar esta descomposición y de esta forma determinar si las diferencias entre estos dos años fueron debido a cambios en el perfil de las madres y de los menores colombianos o a cambios estructurales en los factores relacionados con la modernización.

Se encontró una diferencia significativa (32,1 puntos porcentuales) en la decisión de lactar exclusivamente entre 1995 y 2010. Dicha diferencia es explicada en un 2,7% por diferencias en los perfiles sociodemográfico de las madres del año 1995 y las madres del año 2010, es decir un efecto de los cambios sociales presentados en el país dados los diferentes perfiles sociodemográficos de las madres, y en 29,4% por los diferentes efectos de dichas características sociodemográficas en la lactancia en ambos años de estudio, es decir el efecto de la modernización en la relación las características sociodemográficas de las madres con su decisión sobre si lactar o no.

De esta manera, se encontró que si se mantuvieran las características sociodemográficas de la muestra

de las características de menores de 1995 pero con los coeficientes estimados de la muestra de 2010, la proporción de menores lactados exclusivamente durante el 2010 crecería en 29,4 puntos porcentuales. En esta línea, si la muestra de estudio de infantes, madres y hogares de 1995 compartiera las mismas características sociodemográficas de infantes, madres y hogares del 2010, la proporción de menores de 0-6 meses lactados exclusivamente aumentaría solo 2,7 puntos porcentuales.

Es decir, pese a que le fueran interpuestas a esta población características demográficas propias de la modernización (mayor urbanización, años de educación, mayor proporción de madres solteras), la práctica tradicional de la lactancia exclusiva en 1995 no sería menor que en 2010, por el contrario aumentaría en una proporción significativa.

De esta forma, se estima que el aumento de la práctica de la lactancia exclusiva entre 1995 y 2010 en menor medida se debió a las diferencias en el perfil demográfico de las mujeres. Principalmente, el incremento en la lactancia exclusiva se debió a otros cambios sociales asociados a la modernización, los cuales pudieron transformar la forma de pensar de las madres acerca de esta práctica.

**Tabla 4. Descomposición de Blinder-Oaxaca de las diferencias en la decisión de lactancia exclusiva entre las mujeres colombianas en 1995 y 2010**

| Descomposición de Blinder-Oaxaca                                      |       |     |          |
|---|-------|-----|----------|
| Variación de la lactancia exclusiva                                   | 0,321 |     | (-0,024) |
| Variación explicada por las diferentes características entre muestras | 0,027 |     | (-0,023) |
| Variación explicada por los diferentes coeficientes entre muestras    | 0,294 | *** | (-0,03)  |

Los asteriscos indican que el parámetro estimado es estadísticamente diferente de cero a un nivel de significancia del \*\*\* 1%, \*\* 5% y \* 10%. Errores estándar por método Delta en paréntesis.

*Fuente: Cálculos propios a partir de la ENDS 1995 y 2010.*

## DISCUSIÓN

Este estudio analizó la incidencia de cambios sociales asociados a la modernización en la lactancia exclusiva en Colombia. Este es el primer estudio con datos representativos del país en el que se exponen no solo qué variables sociodemográficas explicaron la lactancia exclusiva, sino también la evolución en dos momentos en el tiempo de dichos determinantes.

En la literatura internacional se ha hecho especial énfasis en el efecto de los cambios sociales asociados a la modernización en prácticas tradicionales como la lactancia (5, 15-17). Entre estos cambios se destacaron el acelerado proceso de urbanización, la creciente inserción laboral de la mujer y el mayor acceso a los servicios de salud modernos, los cuales traerían consigo un decrecimiento en las prácticas tradicionales de nutrición infantil (9).

En el caso colombiano, pese a que se estudiaron dos años entre los que transcurrieron 15 años (1995-2010) de cambios sociales en el país y una serie de transformaciones debido a la modernización en el entorno sociodemográfico de los niños y niñas entre 0-6 meses, no se presentó una disminución en la proporción de menores lactados exclusivamente en el país, por el contrario, se evidenció un aumento de 32 puntos porcentuales en la proporción de infantes alimentados exclusivamente con leche materna.

Es así, que pese a cambios sociales como el incremento de madres solteras y de madres trabajadoras en el país (8), sumado a una mayor urbanización (7), se presentó un aumento de la proporción de infantes lactados exclusivamente en el país. Este fenómeno estuvo acompañado de un incremento en la cobertura de salud y un incremento en los años de educación de las madres (8, 18), cambios sociales que podrían estar explicando la mayor proporción de infantes lactados exclusivamente en el 2010.

El aumento de la lactancia exclusiva pese a los efectos de la modernización no ha sido un fenómeno único de Colombia. En otros países también se ha evidenciado cómo la práctica de la lactancia ha aumentado a pesar del aumento en el proceso de urbanización y al mayor acceso laboral de la mujer. En Ghana, por ejemplo, el menor tiempo disponible de las madres con sus hijos se vio recompensado por el mayor acercamiento de los infantes a los servicios de salud especializados (8). Así, aunque en la mayoría de estudios referentes a la relación de los servicios de salud especializados con la lactancia exclusiva se ha encontrado una relación negativa entre dichas variables, recientemente la implementación apropiada de las prácticas de apoyo a la lactancia en los hospitales de algunos países ha demostrado el mejoramiento en las prácticas tradicionales de nutrición infantil.

Sin embargo, en este estudio no se encontraron evidencias del aporte de los hospitales en el incremento de las prácticas de apoyo a la lactancia exclusiva en Colombia, ya que ninguna de las variables relacionadas con el acceso a los servicios de salud de los infantes fue significativa estadísticamente para explicar la lactancia exclusiva. Este resultado es consistente con otros estudios realizados en el país, en los cuales se ha cuestionado el papel de las entidades prestadoras de salud en el apoyo a la lactancia (10, 19, 20), llegándose incluso a indagar acerca del papel preponderante que podrían tener otros modelos institucionales en la promoción de esta práctica, tales como los grupos de apoyo a nivel comunitario (21).

En dichos estudios, en primer lugar, se ha expuesto cómo menos del 1% de las entidades prestadoras de salud en Colombia están certificadas como Instituciones Amigas de la Mujer y de la Infancia, o como instituciones adecuadas para el apoyo de la lactancia materna. Esta baja proporción se debe a las condiciones adversas de los hospitales en lo referente a las prácticas de apoyo a la lactancia (19).

Entre las condiciones de los hospitales que desfavorecen la promoción de la lactancia en Colombia se encuentra el corto periodo de estancia después del parto de la madre en el hospital, debido a que en ese corto lapso no es posible transmitirle las normas técnicas del hospital respecto a la lactancia para que las aplique (22). Se ha mencionado a su vez la poca claridad de los profesionales de la salud en los programas educativos de promoción de la lactancia (23), en especial respecto a las técnicas de amamantamiento (10), acotándose incluso el mismo desconocimiento de los profesionales de la salud respecto a las prácticas nutricionales que terminan con la lactancia exclusiva, encontrándose así cómo los mismos profesionales de la salud representan una de las principales fuentes en la recomendación de proporción de alimentos complementarios a la leche materna en el departamento de Caldas (20).

Por otro lado, teniendo en cuenta que los factores sociales pueden influir más en la lactancia que el mismo conocimiento de la mujer sobre los beneficios de esta práctica como se ha señalado en otros estudios (24), en especial, factores que expliquen el tiempo disponible de la madre con su hijo (25), es de destacar, en congruencia con estos hallazgos, que en este estudio se ha encontrado que en el transcurso de este periodo hubo un aumento en el número de madres solteras (Tabla 2), lo cual significaría una disminución de la lactancia exclusiva explicada por el menor tiempo disponible de las mujeres colombianas en el cuidado alimenticio de sus hijos debido a la falta de apoyo de una pareja (25). No obstante, el impacto negativo que podría presentar el mayor número de madres solteras en la proporción de infantes lactados exclusivamente en el país, fue subsanado por el cambio de actitud frente a la lactancia exclusiva por parte de las madres casadas o en unión libre que viven con su pareja, siendo este grupo de mujeres las que han contribuido al aumento de la lactancia exclusiva en el país. De esta forma, pese a que la proporción de casadas disminuyó, el aumento de la práctica de la lactancia

de las madres casadas comparadas con las solteras cambió totalmente su efecto (Tabla 3), pasando de negativo a ser positivo y estadísticamente significativo en 15 años, factor que contribuyó en el incremento de la lactancia exclusiva en Colombia entre los años 1995 y 2010.

De esta manera, aunque la mayoría de estos estudios con referencia a la lactancia exclusiva en Colombia carecen de una representatividad nacional, tienen como punto en común el evidenciar la falta de conocimiento de los colombianos acerca de la adecuada alimentación de los infantes (20), y los beneficios que puede tener esta decisión en la salud de las madres (25). Esta situación que se ve reflejada no solo en el poco conocimiento acerca de la lactancia, sino también en las prácticas de los profesionales de la salud que desestimulan esta práctica, y en las mismas reformas del Gobierno que resultan insuficientes para subsanar la pobre gestión de los servicios de salud y los efectos detrimentales de la modernización en la práctica tradicional de nutrición infantil de la lactancia (2). En segunda medida se refleja que, en Colombia, los factores que determinan la lactancia podrían tener efectos variables (10).

En esta línea, se encontró cómo en el país se presentan notorias diferencias regionales respecto a la práctica de la lactancia exclusiva (11). En el presente estudio se evidenció que las madres residentes fuera de Bogotá tuvieron menor probabilidad de lactar exclusivamente que las bogotanas, y esta brecha se mantuvo desde 1995 hasta el año 2010 (Tabla 3). Es de destacar sin embargo, cómo los infantes de la región Oriental pasaron de tener menores probabilidades de ser lactados exclusivamente que los menores residentes en Bogotá en 1995, a tener una mayor probabilidad de ser lactados exclusivamente que los menores de Bogotá en el 2010.

Es necesario resaltar igualmente, que pese a que en este estudio se encontró un aumento significativo de la lactancia exclusiva en el país desde 1995 al

año 2010, este aumento puede ser sobreestimado debido a que el estatus de alimentación del infante fue definido con la alimentación de este en las últimas 24 horas previas a la encuesta realizada por Profamilia.

## CONCLUSIONES

Este artículo analiza la incidencia de cambios sociales en la decisión de lactar exclusivamente en Colombia. Así, a partir de una muestra de mujeres de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud de Colombia de 1995 y 2010, se identificó un incremento significativo en la práctica de la lactancia exclusiva entre estos años.

De este modo, los cambios sociales evidenciados mediante las transformaciones del perfil sociodemográfico de las madres colombianas entre 1995 y 2010, se relacionaron con algunas características específicas que empezaron a ser relevantes en las prácticas de la lactancia exclusiva en Colombia. Dentro de los factores sociodemográficos más importantes que cobraron importancia se identificaron el estatus conyugal y la región de residencia, ya que solo estos factores dan cuenta del 68% de la variación en las prácticas tradicionales de alimentación en el país.

Por consiguiente, este artículo evidencia la creciente importancia de las variables sociodemográficas en la probabilidad de que un menor sea lactado exclusivamente en Colombia. Así, identificar los factores sociodemográficos asociados a la práctica de lactancia exclusiva plantea la posibilidad de

establecer grupos poblacionales que ahora más que antes requieren una intervención especial para brindar apoyo a esta práctica.

Así, a lo largo del tiempo algunos factores pueden adquirir una mayor relevancia a la hora de determinar el estatus de alimentación de un menor en un contexto determinado, por lo que se considera relevante realizar nuevos estudios que aborden otros factores que puedan estar relacionados con los cambios sociales a lo largo del tiempo y que pudieran tener impacto en las prácticas de lactancia exclusiva.

Finalmente, a pesar de los efectos de la modernización en las prácticas tradicionales de alimentación, lo cual se ha visto reflejado en el menor tiempo disponible de una madre con sus hijos, y en la mayor gama de alimentos disponibles para sus bebés de 0-6 meses, aun así los patrones de lactancia adecuados pueden prevalecer como en el caso colombiano.

## AGRADECIMIENTOS

Agradecemos los comentarios de Andrés Felipe Virgüez Clavijo y Ángela López. Igualmente agradecemos a la Universidad Militar Nueva Granada por brindarnos el apoyo financiero y administrativo para desarrollar este artículo científico, que es un producto derivado del proyecto ECO-1222 financiado por la Vicerrectoría de Investigaciones de la Universidad Militar Nueva Granada - Vigencia 2013.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Horta B, Victora C. Long-term effects of breastfeeding, a systematic review. Geneva, Switzerland: WHO Library; 2013.
2. Valdés A, Rozo A. Guías alimentarias para gestantes y madres en lactancia. Bogotá, Colombia: Ministerio de la protección social, ICBF - Instituto Colombiano del Bienestar Familiar, NUTRIR - Fundación Colombiana para la nutrición infantil, UNICEF - Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, OPS - Organización Panamericana de la Salud, 2012. Disponible en: <https://observatoriodefamilia.dnp.gov.co/DocumentoseInvestigaciones/ICBF/tabid/126/articleType/ArticleView/articleId/5/Guias-alimentarias-para-gestantes-y-madres-en-lactancia.aspx>.
3. Escobar A, Villamizar H, Uribe J, Santa María M. El cuarto objetivo de desarrollo del milenio: ¿cómo reducir la mortalidad infantil? Debates de Coyuntura Social. 2008;25:1-30. Disponible en: <http://www.fedesarrollo.org.co/wp-content/uploads/2011/08/Debates-Coyuntura-Social-No-25.pdf>.
4. Danso J. Examining the practice of exclusive breastfeeding among professional working mothers in Kumasi metropolis of Ghana. International Journal of Nursing. 2014;1(1):11-24. Disponible en: [http://aripd.org/journals/ijn/Vol\\_1\\_No\\_1\\_June\\_2014/2.pdf](http://aripd.org/journals/ijn/Vol_1_No_1_June_2014/2.pdf).
5. Lane V. Social Determinants of Breastfeeding Among Costa Rican Women: University of Regina; 2010.
6. Stein Z, Kuhn L. Breast Feeding: A Time to craft new policies. Journal of Public Health Policy. 2009;30(3):300-10. Disponible en: <http://www.jstor.org/stable/40542222>.
7. Khanal V, Nunes J, Karkee R, Lee A. Factors associated with exclusive breastfeeding in Timor-Leste: Findings from Demographic and Health Survey 2009–2010. Nutrients. 2014;6(4):1691-700. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4011060/>.
8. DeRose LF. Women's work and breastfeeding simultaneously rise in Ghana. Economic Development and Cultural Change. 2007;55(3):pp. 583-612-. Disponible en: <http://www.jstor.org/stable/10.1086/511193>.
9. Organización Panamericana de la Salud, Ministerio de Salud y Protección Social. Avances y retos de la lactancia materna: Colombia 1970 a 2013. Un recorrido sobre 40 años de experiencias en la aplicación de políticas públicas. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 2013.
10. Camargo F, Latorre F, Porras J. Factores asociados al abandono de la lactancia materna exclusiva. Hacia la Promoción de la Salud. 2011;16:56-72. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/hpsal/v16n1/v16n1a04.pdf>.
11. Profamilia. Encuesta Nacional de Demografía y Salud. 2010. Disponible en: [http://www.profamilia.org.co/encuestas/Profamilia/Profamilia/index.php?option=com\\_content&view=article&id=62&Itemid=9](http://www.profamilia.org.co/encuestas/Profamilia/Profamilia/index.php?option=com_content&view=article&id=62&Itemid=9).
12. Organización Mundial de la Salud. Indicadores para evaluar las prácticas de alimentación del lactante y del niño pequeño. 2009. Disponible en: [http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789243596662\\_spa.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789243596662_spa.pdf).
13. Sinning M, Hahn M, Bauer T. The Blinder–Oaxaca decomposition for nonlinear regression models. The Stata Journal. 2008;8:480-92. Disponible en: <http://www.stata-journal.com/article.html?article=st0152>.
14. Fairlie R. An extension of the Blinder-Oaxaca decomposition technique to logit and probit models. Journal of Economic and Social Measurement. 2005;30:305-16.



15. Agho KE, Dibley MJ, Odiase JI, Ogbonmwan SM. Determinants of exclusive breastfeeding in Nigeria. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 2011;11(1):1-8. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1186/1471-2393-11-2>.
16. Adebayo SB. Bayesian geoaddivitive modelling of breastfeeding initiation in Nigeria. *Journal of Applied Econometrics*. 2004;19(2):pp. 267-81-81. Disponible en: <http://www.jstor.org/stable/25146280>.
17. Abada T, Trovato F, Lalu N. Determinants of breastfeeding in the Philippines: a survival analysis. *Social Science & Medicine*. 2001;52(1):71-81. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0277953600001234>.
18. Troncoso CS. ¿Por qué lactan las mujeres? un análisis desde el modelo Precede: Universidad Autónoma de Barcelona; 2010.
19. Ministerio de Protección Social. Plan decenal de lactancia materna 2010-2020. 2009. Disponible en: <http://www.icbf.gov.co/portal/page/portal/PortallICBF/Bienestar/Programas/Nutricion/PlanDecenaldeLactanciaMaterna2010-2020Nov17de2010.pdf>.
20. Benjumea Rincón MV, Matijasevic Arcila A, Ramos Bermúdez S, González Hoyos DM. Lactancia materna exclusiva y parcial en el departamento de Caldas - 2010. *Hacia la Promoción de la Salud*. 2011;16:39-55. Disponible en: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0121-75772011000100004&nrm=iso](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-75772011000100004&nrm=iso).
21. Londoño Á, Mejía M. Factores relacionados con lactancia materna exclusiva e introducción temprana de leche entera en comunidades de estrato socioeconómico bajo en Calarcá - Colombia. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*. 2010;9(19):124-37. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rgps/v9n19/v9n19a09.pdf>.
22. Vásquez M, Romero Á, Rivas A. Motivaciones de la madre para amamantar: una experiencia a partir de la capacidad de escuchar. *Duazary*. 2012;9:116-22. Disponible en: <http://revistas.unimagdalena.edu.co/index.php/duazary/article/view/172>.
23. Piñeros B, Camacho N. Factores que inciden en la suspensión de la lactancia materna exclusiva. *Orinoquia*. 2004;8:6-14. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=89680102>.
24. Izzedin-Bouquet R, Pachajoa-Londoño A. Lactancia materna versus lactancia artificial en el contexto colombiano. *Población y Salud en Mesoamérica*. 2011;9:1-14. Disponible en: <http://revistas.ucr.ac.cr/index.php/psm/article/view/734>.
25. Rodríguez-García J, Acosta-Ramírez N. Factores asociados a la lactancia materna exclusiva en población pobre de áreas urbanas de Colombia. *Revista de Salud Pública*. 2008;10:71-84. Disponible en: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0124-00642008000100007&nrm=iso](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-00642008000100007&nrm=iso).